Ibarra (R. J.)

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

TRATAMIENTO

DE LAS

COMPLICACIONES DEL ABORTO

TESIS INAUGURAL

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

Presenta al Jurado

RODOLFO J. IBARRA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México
y practicante de las
Secciones Médicas de las Inspecciones de Policía.

MÉXICO
OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO
Calle de San Andrés número 15. (Avenida Oriente 51.)

1898

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO.

TRATAMIENTO

DE LAS

COMPLICACIONES DEL ABORTO

TESIS INAUGURAL

QUE PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

Presenta al Jurado

RODOLFO J. IBARRA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México
y practicante de las
Secciones Médicas de las Inspecciones de Policía.

MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO

Calle de San Andrés número 15. (Avenida Oriente 51.)

1898

À mi adorado abuelo

EL

SR. D. TOMÁS IBARRA.

A MIS QUERIDOS PADRES.

A MIS HERMANOS.

A los Sres. Licenciados

Joaquín Baranda, Juan N. García Peña y Jesús Acevedo.

Gratitud y respeto.

A los Sres. Doctores

M. Gutiérrez, J. I. Capetillo, J. Terrés, T. Noriega y A. J. Rodríguez.

Al Honorable Cuerpo de Profesores

DE LA

ESCUELA DE MEDICINA.

Respetable Jurado:

He creído necesario antes de principiar el estudio del tratamiento de las complicaciones del aborto, de dar una idea de su marcha, y de la conducta que seguirá el práctico en el aborto inevitable. En tal virtud, este trabajo quedará dividido en tres partes: 1º marcha del aborto; 2º tratamiento del aborto inevitable; 3º tratamiento de sus complicaciones.

I

El conocimiento de los agentes microbianos que engendran las enfermedades, y la práctica de la antisepsia, capaz de destruirlos y de contrarrestar sus efectos, ha hecho que el campo de las aplicaciones de la Cirugía al tratamiento del aborto se haya ensanchado de una manera tan sorprendente. Para los antiguos el útero en estado de gestación constituía un *noli me tangere*, delante del cual se inclinaban con respeto; y no sin razón, pues la *septicemia*, terrible complicación del aborto y del parto, era la consecuencia casi inevitable de la más ligera intervención. Así, el tratamiento del

aborto se reducía á una expectación casi absoluta. Las prescripciones higiénicas y el uso de un número limitado de medicamentos formaba toda la terapéutica del aborto. La única indicación que obligaba á intervenir, era tan sólo la hemorragia, contra la cual se empleaba el taponamiento vaginal; que más tarde ha llegado á ser, gracias al perfeccionamiento de su confección, un medio poderoso para combatirlas.

El aborto es la expulsión del huevo antes que el producto de la concepción sea viable.

Clínicamente y para las necesidades de la práctica, el aborto se ha dividido en: ovular, embrionario y fetal. Es ovular, cuando se efectúa antes de los veinte días; embrionario cuando tiene lugar antes de los noventa días, y fetal entre los noventa y los ciento ochenta días.

Esta clasificación adolece de varios defectos, entre otros los siguientes: 1º, la dificultad que hay en determinar con exactitud la edad del embarazo; 2º, la poca diferencia que existe entre los síntomas, marcha y tratamiento del aborto de los primeros meses; 3º, las complicaciones que pueden sobrevenir después de un aborto fetal, se asemejan á las que puedan presentarse después de uno embrionario.

Auvard divide el aborto en embrionario ó del primer trimestre, y fetal ó del segundo; clasificación sujeta á las mismas objeciones que la anterior por las razones ya expuestas. En el fondo estas clasificaciones tienen cierta importancia, y lo que lo justifica, es la diferencia que puede existir en la marcha del aborto efectuado en los diversos meses de la preñez.

Las diferencias en la marcha del aborto son debidas á varias circunstancias, de las cuales las principales son: 1º, medios de fijeza del óvulo; 2º, volumen total de éste; 3º, volumen relativo de sus dos partes constitutivas, feto y anexos; 4º, estado del cuello y de las contracciones uterinas.

Diremos ahora algunas palabras sobre la marcha y principales síntomas del aborto efectuado en los diferentes meses de la gestación.

Durante el primer mes, el aborto pasa frecuentemente desapercibido. El óvulo tiene entonces dimensiones muy pequeñas, siendo del tamaño de un chícharo á las tres semanas y como de un huevo de pichón al mes. En tanto que su cubierta externa esté reducida solamente á la membrana vitelina (corión primitivo), no tiene inserciones con el útero; algunas villosidades empiezan á aparecer en su superficie, las que llegan á ser más numerosas en el momento en que se opera la fusión de la vitelina con el corión secundario; estas villosidades son poco vasculares, y la caída del óvulo se efectúa sin que opongan resistencia. Por otra parte la matriz es suficientemente poderosa para expulsar el óvulo, que atraviesa sin dificultad el cuello. De manera que el aborto en el primer mes, que se declara generalmente en la época de la menstruación, debido á las contracciones uterinas y al flujo sanguíneo no da lugar á ninguna complicación; y es tomado por la mujer que no se creía embarazada, por una menstruación más abundante y más dolorosa. El óvulo sale mezclado con los coágulos sanguíneos.

En el segundo mes el óvulo aumenta, siendo sus di-

mensiones como de un durazno al fin de éste. Su constitución exterior poco cambia; las villosidades son más numerosas, siendo su resistencia casi igual. El óvulo experimenta al ser expulsado mayores dificultades para atravesar el cuello uterino; tiene que adaptarse á la forma y dimensiones de éste, lo que se obtiene á costa de mayor esfuerzo. De ordinario esta expulsión se hace sin dificultad; pero hay veces en que el óvulo se detiene en la cavidad cervical, el útero no puede contraerse convenientemente, sobreviene una hemorragia más ó menos abundante, y la intervención se hace indispensable.

En el tercer mes las modificaciones en la constitución del óvulo son más interesantes. Las villosidades principian á atrofiarse por todas partes, excepto en el punto en donde se forma la placenta, aquí se hipertrofian formando una masa arborescente. Las adherencias del óvulo á la caduca engrosada son más resistentes. Resulta de esta disposición particular que el óvulo no presenta la misma resistencia en toda su superficie; de modo que, cuando la matriz se contrae, el líquido amniótico es rechazado á la parte de las membranas en donde las villosidades coriales están atrofiadas y que no tienen adherencia con la caduca. Si el aborto se declara en este mes, el óvulo tan grande como una naranja, puede ser expulsado en block, siempre que las membranas resistan, aunque el esfuerzo tenga que ser mayor. Los dolores son muy intensos y la hemorragia es abundante, pero siempre sin complicación.

Si por el contrario las membranas no resisten y se desgarran, el líquido amniótico se escapa, arrastrando

consigo el embrión, que debido á su pequeñez pasa sin dificultad por el cuello apenas dilatado; mientras que la placenta á causa de su *adherencia* y de su *volumen más considerable* permanece en la cavidad uterina; su eliminación se hace poco á poco después de varias horas ó aun días después, ó bien la retención de la placenta es completa.

Esta complicación que, como dejamos dicho, se puede presentar en el tercer mes, es casi la regla en el cuarto. En este mes la placenta está ya bien formada y la resistencia de las membranas es menor. Sobrevenido el aborto, las contracciones uterinas son más fuertes que en los meses anteriores, la resistencia del cuello es mucho mayor; resulta de esto, que las membranas se desgarran; el feto, líquido amniótico y sangre salen. Las membranas y la placenta quedan retenidas durante un tiempo variable. Mientras esta retención subsista, la mujer presenta una hemorragia constante y de ordinario abundante, quedando expuesta al mismo tiempo á una septicemia.

Lo que caracteriza el aborto de estos dos meses es la *hemorragia* que debe détenerse y la *septicemia* que deberá de evitarse; siendo estas complicaciones más frecuentes en el cuarto mes.

El cuadro del aborto del quinto y sexto mes varía. La proporción del volumen del feto y de los anexos, principia á modificarse en el quinto mes, en el que casi son iguales; invirtiéndose en el sexto. De tal suerte, que el feto más voluminoso que la placenta, dilata el cuello y lo atraviesa; la placenta no encuentra entonces obstáculo á su salida. La retención de la placenta

llega á ser excepcional en el quinto mes y sobre todo en el sexto..

El aborto del sexto mes se asemeja á un parto, con esta diferencia, que la hemorragia es más abundante y obliga algunas veces á intervenir.

Si por desgracia hubiere retención de la placenta, la septicemia puede sobrevenir más fácilmente, debido á la mayor extensión que ofrece la placenta, á la mayor importancia de los vasos maternos, y á la dilatación del cuello uterino, que permite más fácilmente la llegada del aire. Por esto, la retención de los anexos es más temible que en los otros meses, y la extracción de ellos deberá hacerse á la mayor brevedad posible.

Para completar esta breve exposición en la marcha del aborto, acaecido en los diversos meses de la preñez, hablaremos del papel de la caduca uterina, que tiene una gran importancia en las consecuencias ulteriores del aborto y de sus complicaciones.

Se consideraba antiguamente la caduca, como una membrana de formación nueva, secretada por el útero, un producto plástico de la mucosa. Coste ha indicado más tarde su verdadera naturaleza; según él, su produccción puede explicarse así: se sabe que en la menstruación la mucosa uterina se hincha, se hipertrofia y forma numerosos pliegues en la cavidad del órgano. Este estado se exagera cuando el óvulo ha sido fecundado, el que llega entonces á la cavidad de la matriz, se detiene en uno de los pliegues de la mucosa; los bordes de este pliegue se aproximan poco á poco y acaban por unirse y soldarse. El óvulo queda entonces completamente envuelto por la mucosa, en la

que pueden distinguirse tres porciones distintas: la primera *secotina ó caduca útero-placentaria* que separa el óvulo de la cavidad uterina; la segunda *caduca ovular ó refleja que cubre* el óvulo; la tercera *la caduca uterina verdadera* que tapiza el útero. La caduca uterina verdadera no sufre modificaciones importantes en los dos primeros meses. Por el contrario, estas modificaciones llegan á ser más interesantes en el tercero y cuarto meses; el espacio que separa las caducas, uterina verdadera y refleja, va disminuyendo por el crecimiento del óvulo, y llega un momento en que estas dos membranas se ponen en contacto, contraen sólidas adherencias, de manera que no forman en realidad sino una sola membrana, Así formada esta membrana deja de ser *un órgano materno*, va á constituir parte integrante del óvulo, y deberá ser *expulsada cuando el producto de la concepción lo sea.*

Esta expulsión se verifica fácilmente en el parto á término y en el prematuro. En efecto, en el parto á término, la caduca, despegada dal útero, sale con la placenta; en el parto prematuro, las adherencias de la caduca con la matriz son tan débiles, que no oponen ninguna resistencia á su expulsión. Hay casos, sin embargo, en que las adherencias son más sólidas, las membranas se desgarran y dejan colgajos más ó menos grandes pegados al útero. Lo que es excepcional en el parto, es la terminación casi constante del aborto. La explicación de esta terminación del aborto es muy sencilla: en los dos primeros trimestres de la gestación, que haya ó no adherencia de las dos caducas, la caduca uterina está siempre adherida á la matriz,

resulta de aquí, que á la salida del óvulo la caduca está retenida, á no ser que el peso del óvulo la arrastre.

Dührssen recientemente ha tratado de demostrar el mecanismo y la frecuencia de la retención de la caduca. De las observaciones que ha hecho. concluye: desde el principio de las contracciones uterinas, la serotina es la primera que se despega, y es solamente entonces que la caduca verdadera se desprende de arriba á abajo. Cuando el desprendimiento del óvulo llega á un cierto grado, el óvulo desliza bajo la influencia de las contracciones, y atraviesa el cuello arrastrando la caduca, que se desprende más y más de la pared uterina. Ahora bien, como esta membrana es frágil, no resiste, se desgarra, quedando adherente al útero, en totalidad ó en parte.

¿Qué pasa con la caduca retenida en la cavidad uterina? Ya sufre fenómenos de regresión; otras veces se elimina bajo la forma de detritus mezclados á los loquios. Hay ocasiones en que provocan hemorragias, que por su abundancia y su constancia ponen en peligro la vida de la mujer. Puede entrar en putrefacción y ser el punto de partida de una septicemia grave, lo que sobreviene más fácilmente cuando los cuidados asépticos son nulos ó insuficientes. Por último, en algunas circunstancias sin provocar síntomas alarmantes impiden que el útero siga su involución fisiológica. La matriz en estado de subinvolución presenta una receptivilidad especial á los microbios patógenos, y una endometritis crónica puede desarrollarse bajo la influencia de causas aun ligeras.

Hay otras circunstancias que influyen en la marcha

del aborto, tales como la primiparidad ó multiparidad. La primera, sobre todo, que á causa de la rigidez del cuello opone un serio obstáculo á la salida del óvulo.

La muerte del feto puede simplificar la expulsión del huevo. Los cambios nutritivos se detienen progresivamente; los líquidos se reabsorben, el óvulo entero disminuye del volumen. Además, el feto muerto llega á ser un cuerpo extraño, que irrita el útero, provoca sus contracciones y la expulsión tiene lugar de ordinario en poco tiempo.

Si el huevo está macerado, su expulsión es en general fácil, pero frecuentemente se complica de retención de la caduca.

Cuando el embarazo es gemelar, el aborto es más serio. Que haya ó no placenta doble, la masa que debe expulsarse es más considerable. La retención de los anexos, la hemorragia y la septicemia son con más frecuencia observados.

Los desalojamientos de la matriz, la retroversión y la retroflexión complican gravemente la marcha del aborto.

II

Antes de estudiar el tratamiento de las complicaciones del aborto, necesario es mostrar la conducta que debe observar el práctico, cuando tiene que atender á un aborto inevitable. El conocimiento de estos detalles es tanto más justificado, cuanto que sujetándose rigurosamente á las reglas que impone, se puede salvar á la enferma, impidiendo el desarrollo de cualquiera complicación.

Esta conducta variará naturalmente según las circunstancias. Hay casos tan sencillos en que el partero se limitará á vigilar la marcha del aborto; es lo que acontece en el aborto de los dos primeros meses, que como lo hemos ya indicado se efectúa por sí solo, sin dar lugar á ningún síntoma alarmante. Es preciso tener presente que en estas condiciones, la hemorragia no es una complicación, sino un síntoma, pudiéndose agregar, casi el único síntoma del aborto. Gueniot decía: en el aborto, desde las primeras contracciones uterinas, estando el cuello aún largo, el despegamiento de la placenta se efectúa en algunos puntos, dando lugar á una hemorragia más ó menos abundante. La pérdida sanguínea es, pues, inevitable; y sólo se deberá moderar ó suprimir cuando por su abundancia y su frecuencia amenace gravemente la vida de la enferma.

Si no es así, se prescribirá solamente el reposo en la cama, se ascarán convenientemente los órganos genitales, se aconsejarán algunas bebidas refrescantes, limonadas, etc.

Tan luego como el óvulo sea expulsado, se harán inyecciones vaginales con soluciones antisépticas calientes: debiéndose insistir en particular en el reposo, que deberá de ser absoluto. Sin esta precaución la matriz no seguirá convenientemente su involución fisiológica, se inflamará fácilmente. Muchas metritis reconocen, en efecto, por causa un aborto mal atendido.

Pasa algunas veces en el aborto del tercer mes, que ya sea por el volumen del óvulo, por la rigidez del cuello, ó por cualquier otro motivo, que el huevo se detiene en el cuello sin poder atravesarlo. La hemorra-

gia que por su abundancia constituye el síntoma dominante, reclama toda la atención del médico, el mejor medio de combatirla es favorecer y apresurar la salida del huevo.

¿Cómo llenar esta indicación? Lo más sencillo consistiría en ir á tomar, con uno ó dos dedos, el óvulo detenido en el cuello entreabierto, y llevarlo al exterior: es lo que nunca se deberá intentar. Mientras esté entero el óvulo, llena la cavidad uterina, obtura perfectamente el cuello, y se opone por este doble mecanismo á una pérdida sanguínea considerable. Además, el huevo entero conteniendo el líquido amniótico, forma una especie de cuña, que á cada contracción uterina va atravesando y dilatando más y más el cuello. Su papel es, por lo tanto, comparable al de la bolsa de las aguas en el parto. Si en este estado se va á tomar el óvulo, y se trata de extraerlo, se expone á desgarrarlo, transformando así un aborto simple en otro complicado: es tanto como ir á romper la bolsa de las aguas en un parto, antes de que el cuello esté dilatado. Si por algún motivo se tuviere que terminar rápidamente, se recurrirá á una operación metódica que describiremos, y no á la extracción digital del óvulo.

Por todo lo expuesto, se puede formular la siguiente regla: *no se debe romper la parte del óvulo que haga saliente por el cuello, á no ser que se proceda inmediatamente á la evacuación completa del útero.*

Se ha aconsejado para apresurar la expulsión del óvulo, de ejecutar *la expresión uterina manual*; pero el útero en los cuatro primeros meses del embarazo no

presenta suficiente extensión para que esta maniobra pueda hacerse regularmente.

Se ha aconsejado igualmente el uso de los medicamentos llamados ocitócicos, en particular el cuernecillo de centeno.

El cuernecillo de centeno obra enérgicamente sobre las fibras uterinas; pero al mismo tiempo que provoca la contracción del cuerpo de la matriz, pone al cuello en estado de contractura; en otros términos, á la vez que se solicita el útero para expulsar su contenido, se impide la salida cerrando el cuello.

Pajot considera como muy peligroso el empleo del cuernecillo de centeno, y establece la regla siguiente: *no administrar el cuernecillo de centeno en tanto que el útero contenga algo.*

Cordes atribuye á la quinina una acción excitativa considerable sobre la fibra uterina; su empleo sería muy eficaz en muchos casos de aborto y pondría á la mujer fuera de cualquier complicación. En realidad, la quinina tiene una acción variable y no se puede contar con sus efectos.

Al lado de estos medios inciertos y peligrosos, el práctico tiene á su disposición dos medios, que empleados convenientemente detienen de una manera eficaz la hemorragia, y apresuran la expulsión del huevo; son las irrigaciones y el tapón vaginales.

El agua caliente determina como primer fenómeno, al obrar sobre los tejidos una vaso-dilatación; pero si se prolonga su acción, se observa el fenómeno contrario. El frío da lugar á fenómenos inversos, su primera manifestación es la de la vaso-constricción, á la que sucede la de la vaso dilatación.

Los capilares permanecen contraídos cierto tiempo después que ha cesado la aplicación del agua caliente sobre los tejidos. De manera, que en las irrigaciones calientes, se aprovechan dos cosas: la primera de provocar la contracción de los capilares y de las fibras uterinas; la segunda de prolongar esta acción, algún tiempo después de la irrigación.

En el caso que nos ocupa, cuando el óvulo está detenido en el cuello, las irrigaciones de agua caliente *activan de una manera notable la dilatación del cuello*; es precisamente lo que vamos buscando.

Para obtener los buenos efectos de las irrigaciones vaginales, será necesario observar algunas precauciones: desde luego se debe emplear el agua *previamente hervida y esterilizada*, calentada á 40° ó 45° en el momento de usarla. Se puede agregar al agua ventajosamente algunos antisépticos, bicloruro de mercurio, fenol, etc., ó á su falta sal marina, dos cucharadas soperas por litro. La cantidad de líquido en cada irrigación no es indiferente: hemos indicado que la hemostasis se consigue á costa de la aplicación prolongada del calor; así es, que varios litros de agua son indispensables.

Otro factor importante es la posición de la mujer. Para que estas inyecciones produzcan todo su efecto útil, se necesita que la vagina quede extendida por el peso del agua, y su exceso sea el único que vaya saliendo. Se consigue así, la acción prolongada del calor sobre la mucosa y los capilares. La posición que satisface mejor este requisito, es la genupectoral; pero tiene el inconveniente de fatigar á la enferma y de exponerla á que se moje. Puede estar reemplazada ventajosamente por la dorsal con la cadera levantada.

Cuando no hay inconveniente en mover á la enferma, se procede como sigue: se la coloca en el decúbito dorsal, la pelvis levantada, correspondiendo al borde de la cama; se hace descansar los pies sobre dos sillas, separadas una de otra como medio metro. Se tendrá cuidado para no mojarla, de colocar un hule, de manera que una de sus extremidades quede debajo de la cadera y la otra venga á dar á un recipiente cualquiera destinado para recibir el líquido inyectado. Una vez el escurrimiento del agua bien asegurado, no hay temor en prolongar esta posición y se irrigan cuantos litros se quieran. Terminada la operación se quita el hule, se seca el perineo, y se cubrirán los órganos genitales externos con gasa iodoformada y algodón.

Cuando se teme que un síncope pudiera sobrevenir, si se cambia á la mujer de la postura que tiene, se procede así: se coloca un cojín ó almohada envuelto en una sábana y cubierto por un hule debajo de la pelvis, la parte libre del hule se introduce en una cuba en donde se recoge el agua; pudiéndose hacer entonces una gran irrigación sin fatigar y sin mojar á la enferma.

La vagina soporta perfectamente el agua muy caliente, pero el contacto de ella con la piel del perineo, provoca una sensación de quemadura muy desagradable; para corregir este pequeño defecto se untará vaselina pura ó mejor antiséptica á los órganos genitales externos.

Gracias á estas irrigaciones se obtiene la dilatación del cuello, se provocan las contracciones uterinas y la expulsión del huevo se hace sin complicación.

En caso en que la expulsión no se obtenga, se com-

bate eficazmente la hemorragia, la que puede declararse de nuevo, algún tiempo después de la irrigación, evitándolo por medio del taponamiento vaginal.

El tapón es uno de los medios preciosos que están á la disposición del práctico para combatir las pérdidas sanguíneas en el aborto. Ha sido conocido y aplicado desde la más remota antigüedad, y ha alcanzado ahora un perfeccionamiento notable en su confección, que lo hace aún más estimable.

El tapón no sólo suprime la hemorragia, sino que en tanto que esté aplicado se opone á una nueva pérdida, despierta las contracciones uterinas, de modo que el aborto se efectúa silenciosamente sin que la enferma tenga conciencia de ello.

Por otra parte, sucede con frecuencia que el médico sea llamado urgentemente para asistir á una metrorragia, no tiene que vacilar entre los medios aconsejados para detenerla, recurre inmediatamente al tapón vaginal, antes de conocer su causa. Munde dice: lo primero que debe hacerse en estas circunstancias es suprimir la hemorragia, después buscar su causa, y por último, combatirla. De ordinario el tapón no está preparado, y mientras se le confecciona, se debe vaciar la vejiga y el recto, hacer una gran irrigación vaginal. El tapón se compone de una serie de bolitas de algodón absorbente, en número variable, unidas entre sí por un hilo fuerte y á distancia de diez centímetros una de otra. Estas bolitas se pondrán en solución antiséptica caliente hasta el fin de la operación.

Se colocará á la mujer en la posición obstétrica; una valva de Sims estará introducida en la vagina, con lo

que se deprime el perineo. Antes de taponar se quitan los coágulos, lo que se consigue por la irrigación, se seca el cuello con algodón; se principia entonces á meter las bolitas bien exprimidas con una pinza larga, primero en el fondo de saco posterior de la vagina, después en el anterior y laterales, comprimiendo bien el cuello: este se tapona en seguida. Se llena perfectamente la vagina, extendiéndola á su máximo. Se retira la valva, procurando no sacar al mismo tiempo el tapón, lo que se consigue deteniéndole con una pinza y dirigiendo la punta de la valva hacia lo largo del tabique recto vaginal. Para ocupar el vacío dejado por la valva, se introduce un poco más de algodón, se cubre la vulva, terminando por la aplicación de un buen vendaje en T.

En lugar de algodón se hace uso en algunos casos de gasa iodoformada. Se emplean para este objeto, tiras de gasa de 0.15 centímetros de ancho por 5 metros de largo; dos pinzas servirán para introducirla, una toma la extremidad de la tira y la lleva hasta el fondo vaginal, se le mantiene allí hasta que la segunda pinza lleve una nueva porción de gasa, solamente entonces se retira la primera, evitando así que la gasa se salga con la pinza. Lo que más difícilmente se puede sustituir es la valva de Sims; con el espejo es necesario doblar la atención, para que el taponamiento se haga con toda regularidad; ir retirando el espejo á medida que se lleno la vagina.

Se ve por lo expuesto, que el tapón exige una poca de costumbre, habilidad y tiempo. Por lo mismo, se ha tratado de renunciar á su aplicación; muchos parteros se sirven con ventaja del globo de Gariel.

Después de haber limpiado la vulva y sin mover á la mujer, se introduce entre dos dedos hasta el cuello, el globo doblado y humedecido en agua tibia; el caoutchouc no soporta sin alterarse ningún cuerpo graso. Se mantiene el globo con los dos dedos, y con la otra mano se ajusta la llave que presenta el globo, á una pera insufladora. Se principia entonces á insuflar. Una vez que los dedos han comprobado la perfecta extensión del globo, y que su contacto con la vagina es íntimo, se les retira. Se quita la pera insufladora, cerrando previamente la llave. El tubo y la llave del instrumento quedan entre los muslos de la enferma, ó bien se les levanta y se les mantiene sobre el vientre.

Esta operación se hace en muy poco tiempo, y cuando se quiere retirar el globo, basta abrir la llave, el aire se escapa y la extracción se hace sin ninguna dificultad.

Las hemorragias del aborto son combatidas bastante bien por este medio, y posee sobre el tapón vaginal clásico varias ventajas: su fácil manejo; el tapón extendiendo demasiado la vagina, comprime la uretra contra el pubis, haciendo la micción difícil ó imposible, inconveniente que no se observa con el aparato de Gariel; su asepsia puede ser rigurosa. Su único inconveniente es, que frecuentemente el aire se escapa poco á poco, sea al través del caoutchouc cuando es de mala clase, sea por la llave cuando no está bien cerrada; para corregir este defecto basta insuflar de vez en cuando. Cualquiera que sea el tapón, no se le dejará en la vagina más de 12 ó 24 horas. Después de su extracción se hace un nuevo lavado antiséptico; es raro que un nuevo taponamiento sea necesario.

Las contracciones uterinas provocadas por el tapón pueden ser tan enérgicas, que el huevo sea arrojado con el tapón fuera de la vagina; en lo general, las contracciones son más débiles, pero suficientes para expulsar el huevo, que se encuentra en el tapón después de su extracción; otras veces las membranas no resisten el líquido amniótico, sale con el feto y los anexos quedan retenidos.

Hasta aquí no hemos tenido en consideración, sino el tratamiento de los abortos de los tres primeros meses. Los medios de que se dispone para tratar el aborto del segundo trimestre son los mismos, solamente se les combinará de diferentes modos, según las circunstancias.

La expulsión en block del huevo, no se ve ya en el cuarto mes; el aborto es más largo, más doloroso, la hemorragia más abundante, y se efectúa en dos tiempos. El tratamiento debe, desde un principio, ser más enérgico; las irrigaciones, hechas no sólo con el objeto de cambatir la hemorragia, sino de evitar la infección, serán más prolongadas y más numerosas.

El aborto del quinto y sexto meses, aunque se haga en dos tiempos, es relativamente corto; su marcha es muy semejante á la del parto. La retención de los anexos es rara. El tapón vaginal se muestra muy eficaz, porque las fibras uterinas son más poderosas y el cuello está suficientemente dilatado. Después de la salida de la placenta, se tomarán los mismos cuidados que después del parto.

A consecuencia de una hemorragia el estado general de la pacienta reclama la atención del médico.

III

Por lo que hemos expuesto, se advierte que la única, la verdadera complicación del aborto, es la *retención de los anexos.* En el aborto *la expulsión de la placenta es la parte importante, la del feto es de muy poca.*

Las causas de la retención placentaria son fisiológicas y patológicas. En el aborto, aunque el despegamiento del óvulo es el fenómeno inicial, este despegamiento es parcial, una buena parte del huevo permanece adherente; sus inserciones son bastante fuertes para que su expulsión sea siempre completa. Para ser completa, se necesitan contracciones uterinas enérgicas. El resultado de las contracciones, es la ruptura del huevo, que se transforma entonces en una masa espojosa, suave, sobre la cual las fibras uterinas, no encontrando punto de apoyo suficiente, obran menos bien que sobre un cuerpo globuloso, como lo era al principio. El cuello uterino contribuye por su parte á la retención, se deja fácilmente atravesar por el embrión, se cierra inmediatamente, y después se opone á la salida de la placenta, varias veces más voluminosa que el feto. El cuello largo y resistente se deja dilatar muy lentamente, es así como se produce una retención placentaria de causa fisiológica.

Entre las causas patológicas capaces de contribuir á la retención placentaria, será preciso citar: 1º, las adherencias patológicas, debidas á enfermedad del huevo, ó de la mucosa uterina; 2º, inserción viciosa de la placenta; 3º, irregularidad é intermitencia de las con-

tracciones uterinas; 4º, la gran rapidez del trabajo; 5º, las desviaciones uterinas, en particular la retroflexión, etc. Estas causas son raras veces observadas.

En la generalidad de los casos obran tres causas para producir la retención. la adherencia del huevo, la estrechez del cuello y el volumen considerable de la placenta. Se puede decir que en el sentido exacto de la palabra *hay constantemente retención de la placenta en el aborto.* A pesar de esto, la marcha del aborto, aunque lenta, es casi siempre continua. El cuello, á consecuencia de las contracciones uterinas, se dilata; el despegamiento se completa y la placenta es arrojada. Este trabajo de expulsión dura varias horas, ó varios días.

Al lado de este caso tan favorable, se encuentran otros, en que después de la ruptura del huevo, el líquido amniótico y feto salen; mientras que la matriz, que llega á ser pronto suave y sin contracciones, aprisiona la placenta; el cuello se cierra después de la expulsión. Este estado puede prolongarse mucho tiempo, un mes, dos ó más.

Existen entre los dos casos extremos que acabamos de examinar, una serie indefinida de casos intermedios, el tratamiento que les conviene mejor variará naturalmente en cada uno de ellos.

Una cuestión se presenta entonces, y es la de saber dónde comienza la retención patológica ó prolongada, y dónde termina la fisiológica.

La divergencia más grande se encuentra á este propósito entre los autores. Según Gueniot, hay retención cuando la expulsión placentaria no tiene lugar dos días después de la del embrión, en el aborto de los dos pri-

meros meses, veinticuatro horas en el tercero, doce horas en el cuarto, y seis horas en el quinto y sexto. La verdad es que la retención placentaria no puede sujetarse á medida exacta en tiempo.

El desacuerdo es más marcado cuando se trata de formular el tratamiento más apropiado á la retención placentaria. Todo el mundo está de acuerdo solamente en reconocer los inconvenientes y peligros de la retención de los anexos.

Los parteros se han dividido en tres grupos, respecto al tratamiento de la retención.

1º Para los del primer grupo, el aborto se efectúa por sí solo y en poco tiempo, la retención es una consecuencia necesaria de disposiciones anatomo-fisiológicas invariables. Los esfuerzos de la naturaleza bastan por sí solos para determinar la expulsión completa de la placenta. Los partidarios de este método de *expectación pura*, consideran como inútil el saber dónde principia la retención patológica, puesto que para que se termine no hacen nada. Si una complicación se presentare la combaten, y eso es todo.

2º Los del segundo grupo consideran la retención más ó menos prolongada, no como una complicación propiamente dicha, sino como un período fisiológico, ó lo más como un accidente del aborto. No hay nada que hacer, sino evitar el desarrollo de la septicemia, esperar á que la naturaleza expulse los restos placentarios. Sólo intervienen cuando una complicación se declara, entonces sin esperar más, se apresuran á extraer el cuerpo del delito, la placenta. Este método es el de la *intervención mitigada*.

3º En cuanto á los del tercer grupo, atribuyen á la retención placentaria un papel importante en el desarrollo de complicaciones graves. No se debe, por lo mismo, dejar expuesta á la mujer á peligros tan inminentes, es preferible *intervenir desde un principio*, vaciando el útero á la mayor brevedad. Es el método preventivo.

La distinción entre estos métodos, remonta á los tiempos más antiguos. Hipócrates, por ejemplo, recomendaba de apresurar el trabajo de la expulsión placentaria y de favorecerla. Pero en realidad no han alcanzado un valor práctico sino desde la época de la antisepsia. Ahora, estos métodos se han reducido á dos, el de la expectación armada, que consiste en prevenir y combatir cualquiera complicación que pudiera sobrevenir; y el de la intervención, que aconseja de obrar desde un principio. Dos son las complicaciones temibles de la retención, la hemorragia inevitable y la septicemia.

Para obtener la expulsión de la placenta, se podría comenzar por la administración de los ocitócicos, cuernecillo de centeno, quinina, etc. Así como lo hemos indicado á propósito de la expulsión del óvulo entero; el primero es peligroso y casi completamente abandonado en estas circunstancias; el segundo es incierto y de muy poco valor.

El tapón es una de las armas poderosas de que se dispone contra las hemorragias, se prepara como se ha dicho anteriormente, vigilando su antisepsia y la de la vagina. Tarmier y Budin recomiendan el tapón, y dicen haber obtenido buenos resultados con su empleo;

no sólo detiene la hemorragia, sino que apresura la expulsión de la placenta.

Pinard no participa de la misma opinión, rechaza completamente el tapón. No sólo no lo aplica, sino que cuando alguna mujer llega á su servicio taponada, se lo quita inmediatamente, y sin embargo, no ha tenido ningún fracaso. Lo sustituye ventajosamente por las irrigaciones intra-uterinas y vaginales muy calientes, que obran á la vez sobre la hemorragia y la septicemia.

Las irrigaciones intra-uterinas han sido preconizadas por Recolin en 1778; y sólo han entrado en la práctica corriente, desde que se ha asegurado la salida del líquido inyectado en la cavidad uterina. Son entre las manos de un partero hábil un poderoso medio de cuádruplo efecto: excita las contracciones uterinas, deteniendo las hemorragias, por el mismo mecanismo favorece y apresura la salida de la placenta; arrastra por su corriente los restos placentarios desprendidos y los coágulos, que entretienen las pérdidas sanguíneas, que se putrifican fácilmente; en fin, por su antisepsia se opone al desarrollo de la septicemia.

Los instrumentos necesarios para su ejecución son los mismos que para las irrigaciones vaginales, una sonda especial es lo único que requiere de más.

Las sondas de irrigación intra-uterina generalmente empleadas, son la de Bozemann, la de Budin y la de Doléris. Todas pueden prestar buenos servicios, pero la última es la mejor. Cuando se sirve de la sonda de Doléris, es necesario no separar demasiado sus ramas; se cree asegurar mejor la salida del líquido, lo

que es cierto, pero la irrigación pierde fuerza y eficacia. Auvard, queriendo demostrar que una sola irrigación no basta para limpiar la matriz. hizo la experiencia siguiente: practicó una inyección de dos litros de agua en un globo de Barnes, que ofrecía una abertura de 0m03, en el que se colocó corbón en polvo; después de la irrigación hecha primero con la sonda de Budin y después con la de Doléris, se notó que una gran parte del carbón quedaba en el globo. Budin repitió la misma experiencia; pero en lugar de una abertura de 0m03, hizo una crucial, suficiente para permitir la entrada de la sonda; después de una irrigación de menor cantidad de líquido encontró el globo limpio.

De modo, que para limpiar perfectamente la cavidad uterina, el líquido debe ejercer una cierta presión sobre sus paredes, y llenarla completamente antes de salir. Si el orificio de salida es más grande que el de entrada, el líquido se saldrá inmediatamente sin extender la matriz y sin ponerse en contacto con toda su superficie. Esto último es lo más importante, en primer lugar para que la temperatura del líquido obre uniformemente sobre la pared; y en seguida para que su poder antiséptico se haga sentir por todas partes.

Otro factor que interviene también en la extensión del útero, es la presión del líquido de la irrigación, que depende á su vez de la altura del irrigador. Las experiencias de Fontain han demostrado que basta una presión de 0m20, estando el cuello entreabierto, para que el paso del líquido en el peritoneo sea posible. La dilatación patológica de las trompas de Falopio, hace el paso aún más fácil; bien sabido es, que esta afección

es relativamente frecuente en la endometritis, causa frecuente del aborto.

Atendiendo á estas consideraciones y para obtener el mejor efecto de las irrigaciones, se puede proceder así: después de haber arrojado el aire del tubo del irrigador y la primera porción de la solución que esté fría, se introduce la sonda de Doléris en la matriz, separando sus ramas algunos milímetros. Se principia entonces la irrigación elevando el irrigador á $0^{m}10$, una vez comprobada la fácil salida del líquido, se levanta el irrigador gradualmente á 60 ó 70 centímetros; en todo caso no debe pasar de un metro.

Se colocará á la mujer en la posición obstétrica. En toda irrigación será preciso *ver el cuello y asegurar la salida del líquido inyectado*. Para conformarse mejor á estos preceptos, se aplicará una valva de Sims; si el cuello no está fácilmente accesible, se le fijará con una pinza de Museux, lo que tiene la ventaja de enderezar la matriz y de facilitar la introducción de la sonda. Este procedimiento tiene tres ventajas: 1º, si el útero contiene algún líquido, sangre, pus, etc., este saldrá desde que se separan las ramas de la sonda, sin mezclarse con el líquido de la irrigación, constituyendo así un elemento de diagnóstico; 2º, otras veces es un coágulo ó un fragmento de la placenta, que arrastrado hasta el cuello no puede salir; su expulsión se hace con una pinza; 3º, se ve si el líquido irrigado sale con facilidad, en caso contrario se detendrá inmediatamente la irrigación, so pena de accidentes graves de intoxicación.

La prudencia aconseja que para evitar la intoxica-

ción, se debe hacer después de una irrigación de bicloruro, de fenol, etc., otra de agua caliente esterilizada ó de solución bórica, con el objeto de arrastrar las últimas porciones del líquido venenoso que pudiera haber quedado en el útero.

La cantidad de líquido por irrigar debe de ser de algunos litros, cuatro por lo mínimo, y ejecutada dos veces por día en los casos simples; en los complicados se harán frecuentes. Pinard ha llegado á hacer la irrigación contiuua cuando la septicemia es grave; opina que cuando la irrigación es intermitente, no tiene sino una acción pasajera sobre el organismo: el líquido queda en contacto con la mucosa, útero vaginal, durante un tiempo relativamente corto. Esta acción es superficial; el líquido no tiene tiempo para obrar sobre las partes profundas. Así es que lava sin interrupción la matriz, llegando hasta un grado ligero de intoxicación.

Las soluciones antisépticas de sublimado y ácido fénico, son peligrosas en irrigaciones continuas, y aun prolongadas, por los accidentes tóxicos á que pueden dar lugar. Accidentes más temibles cuando las irrigaciones se hacen en matriz enferma, que así como lo han mostrado Budin y Doléris, la intoxicación es casi inevitable. Por otra parte, la matriz contiene la placenta, cuerpo esponjoso, que se presta bien á la absorción del líquido irrigado. Para obviar estos iuconvenientes, Pinard no emplea la solución de bicloruro, sino al principio, sustituyéndola luego por la fénica hasta la emisión de orina negra, y termina con la bórica.

Además de la intoxicación que puede sobrevenir por

las irrigaciones, se han notado también en algunos casos, síncopes, vértigos, etc., es indispensable detener entonces la irrigación. Otras veces, es un verdadero calofrío, seguido de una fiebre alta, que desaparece en algunas horas, después de una abundante transpiración. Estos accesos febriles se parecen á lo que se produce en la septicemia y el paludismo. La vuelta de estos síntomas después de una segunda irrigación sirve para distinguirlos de los demás. La explicación del fenómeno parece ser la penetración en los senos venosos, de algunas gotas de líquido, ó bien de los materiales sépticos rechazados por la presión del agua. Cuando esté bien averiguado que su producción reconoce por causa la irrigación, se le deberán suspender.

Para asegurar mejor la asepsia, en el intervalo de las irrigaciones, se cubrirá la vulva con gasa y algodón absorbente.

Se atiende al estado general de la paciente, administrándole tónicos, etc., etc.

Cuando á pesar del tapón y de las irrigaciones la hemorragia no cesa enteramente, y que la septicemia hace progresos, los partidarios de la expectación armada están de acuerdo en su mayoría, de intervenir inmediatamente y de extraer el cuerpo del delito. Estos casos son por lo demás muy raros. Pajot se expresa así: cuando se tiene que asistir á una retención placentaria, si no hay mal olor, no hay nada que hacer. Si al día siguiente, un mal olor principia á percibirse cuando se destape á la enferma, lo que es un indicio de la putrefacción de la placenta, no hay que esperar á que la naturaleza obre, es preciso intervenir inme-

diatamente. Pajot emplea para esto, una cucharilla embotada, con la que raspa las paredes uterinas y extrae la placenta. No obstante los buenos éxitos que su autor ha alcanzado con ella, los partidarios de la expectación rigurosa no la aceptan. Para hacer la extracción de los anexos, no emplean ningún instrumento; el dedo constituye para ellos el único instrumento inofensivo, inteligente, que sin obrar á ciegas despega y extrae sin peligro la placenta.

El manual operatorio es muy sencillo. Si el cuello está cerrado, se hará su dilatación, siguiendo cualquiera de los procedimientos que describiremos; una vez conseguida la dilatación, se coloca á la enferma en la posición obstétrica, se hace la asepsia perfecta de los órganos genitales externos, se practica una irrigación vaginal y uterina antiséptica. El operador se ocupará muy detenidamente de la asepsia de sus manos y antebrazos. Hecho esto, introduce el índice derecho, primero en la vagina y en seguida en el canal cervical; mientras tanto, la mano izquierda sobre el vientre, llevará la matriz á la excavación, á fin de ponerla mejor al alcance del dedo explorador. Este tiempo de la operación se hará con el mayor cuidado. Cuando la extremidad del dedo ha llegado al orificio interno, es necesario algunas veces esperar un instante á que se dilate suficientemente para que el dedo pueda penetrar más allá de su yema. Se le dirige entonces hacia arriba costeando el borde izquierdo de la matriz, hasta el orificio de la trompa de Falopio; se continúa por el fondo y lado derecho. A medida que el dedo recorre las paredes uterinas, va despegando la placenta y la arroja al ori-

ficio interno del cuello, atraviesa el canal cervical, llegando así á la vagina. Solamente al nivel de las inserciones placentarias el dedo encuentra alguna resistencia, basta hacerlo pasar varias veces por este punto para completar el despegamiento.

Pinard quiere que toda la mano sea introducida en la vagina, maniobra necesaria cuando el descenso de la matriz se dificulta, lo que ocasiona dolores, y es imposible de hacer cuando la mujer es indócil. En su lugar, se puede servir de una pinza de Museaux, con la que se toma y se hace descender el cuello, confiándola en seguida á un ayudante; la operación puede ejecutarse entonces con toda sencillez. Es indispensable cuando la placenta ha sido extraída el hacer un lavado perfecto de la matriz y vagina y cubrir la vulva con gasa y algodón.

Esta operación de tan fácil ejecución, que no requiere el uso de instrumentos y que en la generalidad de los casos el partero sólo puede hacerla, tiene sin embargo algunos inconvenientes: 1º, en las primíparas la pared abdominal ofrece una resistencia tal, que se opone al abatimiento y fijación de la matriz; lo propio acontece en las multíparas cuando la pared abdominal está muy cargada de grasa. Es cierto que este defecto, se corrige perfectamente por el empleo de una pinza de garras; se puede emplear también el cloroformo, perdiendo entonces su carácter de sencillez, y exige cuando menos otro médico que se encargue de la cloroformación.

2º Para que el dedo ó dedos puedan introducirse en la cavidad uterina, es indispensable que el cuello esté

suficientemente dilatado, lo que de ordinario falta en el tercero y cuarto meses, y cuando la intervención es tardía. El dedo se encuentra comprimido y se paraliza cuando se trata de atravesar la cavidad cervical.

3º En los casos ordinarios, el dedo despega completamente la placenta; pero cuando las adherencias son más íntimas, lo que es la regla en la endometritis crónica y en los estados patológicos del huevo, se corre riesgo de dejar algunos fragmentos adentro de la matriz. La caduca uterina no puede ser despegada y extraída por el dedo; su retención puede dar lugar á los mismos accidentes que la de la placenta.

Cuando la placenta está en vía de putrefacción, aunque esté despegada, su extracción con los dedos llega á ser muy difícil; la placenta en este estado es muy rompediza, desliza y se desgarra á la menor tracción. La extracción manual no es posible con la sencillez requerida, sino cuando las paredes abdominales son flojas, cuando el orificio del cuello está bien dilatado, cuando la placenta no está muy adherente y cuando está fresca y resistente; las tres primeras condiciones son difíciles de encontrar reunidas; en cuanto á la cuarta, los partidarios de la expectación, que no intervienen sino en casos desesperados, no la encuentran nunca.

Schwartz es el primero que ha propuesto servirse de la dilatación del cuello, como método exclusivo del tratamiento profiláctico de la retención de los anexos. Anuschat confirmó más tarde los buenos resultados de esta práctica. Aconseja, una vez que el aborto se ha reconocido inevitable, *y antes de la ruptura del huevo*, introducir en el cuello una ó varias esponjas prepara-

das, y en caso necesario de completar la dilatación con uno ó dos dedos; administrar el cuernecillo de centeno, y de ayudar con los dedos al despejamiento del huevo, esforzándose en extraerlo entero.

Así comprendido, este método puede ser un poco peligroso. Nada nos puede hacer prever antes de la ruptura del huevo, que el aborto sea complicado y que no se haga por sí solo en algunas horas; cosa más peligrosa, nada puede asegurarnos de una manera absoluta que sea inevitable.

Cosa diferente pasa cuando se ha comprobado la retención placentaria. En los casos sobre todo en que el huevo está despegado, y su salida está impedida por la resistencia del cuello, es lógico tratar de suprimir este obstáculo por la dilatación. Es la práctica que ha sido recomendada por Chassagny.

En caso en que no se haya obtenido algún resultado favorable por la dilatación, constituye, sin embargo, un acto preparatorio indispensable del raspado.

Así es que la dilatación del cuello, considerado como método definitivo, frecuentemente es infiel; ahora, con los progresos realizados en el tratamiento de la retención placentaria, no constituye sino un método auxiliar precioso.

La dilatación puede ser rápida, que se llama también *divulsión*, está indicada en los casos urgentes, sobre todo cuando la septicemia es inminente. Para ser inofensiva exige que el cuello sea blando y dilatable, requisitos frecuentes en el aborto.

El dilatador de Sims y el de Pajot modificado por Doléris son los mejores instrumentos para practicar

esta forma de dilatación. El de Doléris es más poderoso y lleva la dilatación á un grado extremo.

A este procedimiento, se une el de la dilatación rápida y progresiva por la introducción sucesiva de bugías metálicas ó de caoutchouc endurecido, más y más voluminosas. Las sondas de Hégar realizan este ideal; pero para obtener una dilatación capaz de permitir la introducción de un dedo, exige cuando menos una hora. Este procedimiento es muy doloroso, requiere una anestesia prolongada, lo que no deja de ser un inconveniente grave. Su única ventaja es la antisepsia rigurosa, pero está obtenida igualmente por los medios de dilatación lenta, que son de dos especies: 1º, sacos de caoutchouc; 2º, las tientas dilatadoras.

Como tipo de los sacos tenemos el de Barnes. Para servirse de él, se le introduce doblado por medio de una larga pinza, de tal manera, que su parte media más estrecha venga á corresponder al cuello; se llena de agua, extendiéndose respectivamente sus dos bolsas, una en la cavidad uterina y la otra en la vagina. El útero en presencia de este cuerpo extraño se contrae, lo comprime y lo hace atravesar el cuello después de dilatarlo. Hay otros sacos fundados en el mismo principio, tales como el de Chassagny y el Champetier de Ribes; pero son más complicados.

Todos estos instrumentos tienen el inconveniente grave de destruirse fácilmente bajo la influencia de ciertos agentes, en particular de la humedad. Además sus dimensiones no los hacen aplicables, sino á partir del cuarto mes.

Es preferible, en vista de tales defectos, recurrir des-

de un principio á las tientas dilatadoras: esponjas preparadas y tallos de laminaria. La introducción de una tienta exige el cateterismo previo; se forma así una idea de la permeabilidad del canal cervical, en particular del orificio interno, que forma algunas veces un obstáculo invencible; se conoce también la dirección y la orientación del trayecto por recorrer, lo que es indispensable para no estar detenido por una curvatura anormal; por último, se mide exactamente la longitud de la cavidaduterina. Siendo esto último de la mayor importancia cuando se usa de la laminaria. La laminaria no debe ser ni muy larga ni muy corta: muy corta desaparece en la cavidad; el orificio externo sustraído á su acción lo recubre á medida que se dilata, constituyendo un obstáculo cuando se le debe retirar. Muy larga excede de tal manera al orificio externo, que viene á aplicar contra el tabique recto–vaginal, pudiendo perforarlo; si es la matriz en donde se apoya, puede correr el mismo peligro.

Las aplicaciones de los tallos de laminaria es indispensable cuando el cuello está poco ensanchado, la introducción de una esponja en estas condiciones es imposible.

Cuando se usan las tientas dilatadoras, es necesario observar ciertas precauciones. Sea en primer lugar la de la antisepsia, tanto de las tientas, como de los órganos genitales de la mujer y de las manos del partero. Se pondrá á la mujer en posición obstétrica; un espejo de Cusco ó mejor una valva de Sims ayudarán ventajosamente á la introducción de la tienta. Una vez bien colocada la tienta y para impedir que salga, se taponará la vagina con gasa y algodón.

La pacienta guardará cama hasta el momento en que se retire la tienta, que será por lo mínimo de veinticuatro horas. Se tropieza algunas veces al hacer este retiro con dificultades, sea porque la esponja se adhiera á la mucosa; sea porque la laminaria cediendo á la presión del orificio interno, se estrangule en su mitad, permaneciendo una porción en la cavidad uterina. Estos accidentes son de poca importancia, su extracción se hará con toda sencillez sirviéndose de un espejo y de una pinza larga. Después de su extracción se hará una irrigación antiséptica vaginal y uterina.

Se ha usado también como medio de tratamiento de la retención placentaria, el tapón uterino. Medio que fracasa con frecuencia, y sujeto á los mismos reproches que la extracción digital y la dilatación del cuello; si es verdad que los grandes pedazos son expulsados, los pequeños fragmentos y principalmente los colgajos de caduca, permanecen adherentes á la pared uterina. Su ejecución no es tan fácil como se le creía, exige los mismos cuidados y casi los mismos instrumentos que el raspado. En suma, es preferible desde un principio recurrir al raspado, operación más expedita y más eficaz.

Aunque el procedimiento y el instrumento de elección para hacer la operación del raspado fueron inventados por Recamier en 1846, fué necesario que la antisepsia hubiera tomado plaza definitiva en la Cirugía, para que esta operación hubiera salido del olvido. Preconizada y modificada por Simon y Sims en el tratamiento de la endometritis, fué en seguida aplicada por Boeters al tratamiento de la retención placentaria. La

idea fué bien acogida, y después muchos cirujanos ingleses y alemanes la han ejecutado con éxitos brillantes.

En Francia, no fué, sino en 1886 que esta operación ha sido aplicada para el tratamiento del aborto, por Doléris.

Los instrumentos indispensables para hacer el raspado uterino, son en realidad pocos; consisten en: 1º, un aparato irrigador cualquiera; 2º, una valva de Sims ó de Simon; 3º, una pinza de garras; 4º, una sonda de irrigación intra–uterina. La de Doléris puede servir también para la dilatación; 5º, un dilatador del cuello; siendo el mejor el de Sims; 6º, una ó dos pinzas de curación uterina; 7º, una cucharilla. Hay varios modelos, pero se les puede reducir á tres tipos principales: la cucharilla de canal de Recamier, la de Simon y la de Sims.

Para asegurar la asepsia, Freund y Auvard han imaginado las cucharillas ahuecadas y que puestas en comunicación con un irrigador hacen durante la operación un lavado continuo. Otra ventaja de estas cucharillas irrigadoras es la siguiente: si por desgracia se perfora la matriz, se estará advertido inmediatamente por la suspensión del escurrimiento del líquido de vuelta, el que pasará entonces á la cavidad peritoneal; 8º, algunos escobillones de volumen y de suavidad variable.

Varios sacos de Barnes y una pinza de anchas ramas para extraer grandes colgajos de placenta, y un insuflador de iodoformo, completan el aparato instrumental para la operación.

Como medicamentos y piezas de curación, se necesitan: 1º, algodón absorbente; 2º, gasa iodoformada; 3º, vaselina pura ó mejor biclorurada; 4º, iodoformo, 5º, glicerina creosotada; 6º, ergotina de Ivon; 7º, éter puro; 8º, cafeina, suero artificial, etc., 9º, solución antiséptica.

Indispensable es, antes de proceder á la operación, tomar algunas precauciones: desde luego se deberá escoger la pinza de operación, que debe de reunir las condiciones de aireación y alumbrado, siendo este último aun más necesario. Que se opere sobre la cama ó sobre una mesa, la enferma se colocará, por ejemplo, frente á una ventana, de esta manera el campo operatorio quedará perfectamente alumbrado.

La posición dada á la paciente tiene una gran importancia. Generalmente se la dispone en la obstétrica para la toilette genital; pero no basta siempre, y es preferible, en cuanto sea posible, recurrir á la gluteo-dorsal de Simon; en esta posición la vulva y la extremidad inferior del sacro están levantadas, sobresaliendo un poco del borde de la mesa, la vagina está casi perpendicular, se deprime mejor el perineo, y el cuello queda más accesible. Además, las paredes abdominales están mejor relajadas por la flexión forzada de los muslos sobre el vientre. En las mujeres obesas, de vagina larga, es la posición que mejor conviene. Su único inconveniente es el de exigir dos ayudantes que mantengan los muslos doblados. Freund para suprimir este defecto ha imaginado dos soportes de que están provistas todas las mesas ginecológicas.

La posición inglesa, decúbito lateral izquierdo es tan

buena como la anterior, y exige un solo ayudante que deprima el perineo. Tiene dos inconvenientes, exponer á mojar á la mujer; y en segundo lugar, estando la mano izquierda aplicada á la pared abdominal para fijar el útero, es imposible vigilar la acción de la cucharilla. Dispuesta la mujer en la posición de Simon se procederá inmediatamente á la toilette de los órganos genitales, rasurando el monte de Venus, cortando los pelos más grandes de la vulva; se hará una irrigación antiséptica vaginal. Se asegurará de la asepsia perfecta de los instrumentos y útiles de curación, colocando á los primeros en bandejas que contienen solución fénica. El operador cuidará del aseo completo de sus manos y de su ropa.

La dilatación del cuello es uno de los actos preparatorios del raspado. Cuando la intervención es precoz, el cuello es en general blando, entreabierto, fácil de dilatar; frecuentemente está bastante dilatado para permitir la introducción del dedo y de la cucharilla. Si la intervención es tardía y el caso urgente, se puede recurrir á la dilatación rápida; en caso contrario, es preferible dilatar el cuello unas 24 ó 48 horas antes de operar, siguiendo uno de los métodos de la dilatación lenta.

Algunos autores aconsejan no dilatar el cuello, piensan que una cucharilla pequeña encuentra el medio de penetrar en la cavidad uterina. Este método es detestable, no se trata de penetrar simplemente en la cavidad, es indispensable penetrar con toda comodidad, maniobrar fácilmente, en fin, se tiene que asociar el escobillón á la cucharilla, lo que no puede hacerse cuando el cuello no está dilatado.

La dilatación del cuello no tiene por objeto exclusivo dejar pasar los instrumentos; sino que cuando la matriz contiene grandes fragmentos placentarios, el cono de esponja constituye una especie de tapón intra-uterino, que excita las contracciones, favorece el despegamiento y simplifica la operación.

Ya dilatado el cuello, se hará un nuevo lavado vaginal. Dos dedos del partero engrasados con vaselina se llevarán hasta el cuello ó mejor hasta el fondo de saco posterior de la vagina, teniendo estos dedos por guía se introduce la valva hasta el mismo fondo, se retiran los dedos y basta hacer una ligera tracción sobre el mango de la valva para deprimir el perineo. El cuello llega á ser fácilmente accesible. Si el útero es voluminoso y está muy alto, se comprime su fondo para enderezar y abatir el cuello; si se logra hacerlo accesible, se confía la valva á un ayudante, recomendándole deprima el perineo con una cierta fuerza; sin abandonar el fondo de la matriz, y con la mano libre se va á tomar el cuello con una pinza de garras. Si no se logra hacerlo accesible, es necesario para descubrir el cuello levantar la pared anterior de la vagina, sea con una valva plana y estrecha, que acompaña las valvas de Simon, sea con un instrumento especial, el levantador de la pared vaginal de Thomas. Pudiéndose servir también de una pinza de curación provista de un pequeño tapón, con el que se levanta el fondo de saco anterior, y se le comunica al cuello un movimiento de báscula, aprovechándose este momento para tomarlo. Si á pesar de estos recursos no se consigue descubrir el cuello, se pondrá á la mujer en el decúbito lateral iz-

quierdo, que es seguido invariablemente de éxito; ó bien se puede por el momento renunciar á la valva de Sims, y de sustituirla por un ancho espejo de Collin de doble movimiento combinado; el cuello descubierto es tomado, pudiéndose operar ya con el espejo, ó bien retirándolo y colocando de nuevo la valva de Sims.

Si no se dispone del espejo de Collin, se puede echar mano del de Cusco que es más común; para introducir la pinza se tomará esta pequeña precaución: se la hace deslizar entre el espejo y los labios, una vez en la vagina, se le hace penetrar en el espejo por la hendedura de sus dos valvas; de esta manera la pinza, colocada lateralmente, no molesta en nada á á las maniobras sucesivas, y no se encuentra obstáculo cuando se quiere retirar el espejo.

La vista es la guía principal para tomar el cuello en todos estos procedimientos. El labio anterior y *siempre sobre su cara vaginal* es el que deberá pinzarse. Los ganchos estarán horizontales, de modo de tomar el labio transversalmente y bastante lejos de su borde libre, debiendo comprender un cierto espesor de tejidos para darle una fijeza suficiente. Si se apercive que la pinza se afloja en la operación, se toma una segunda que se va á colocar más lejos, pudiendo entonces retirar la primera. En fin, cuando el cuello es muy corto se pondrán dos pinzas, una á la derecha y la otra á la izquierda.

Al tomar el cuello se produce un dolor, generalmente pasajero y de poca intensidad. Sin embargo, se provoca una contracción refleja, que puede oponerse á su descenso inmediato; se hará con ventaja una pequeña

irrigación que calme el dolor y resuelva el espasmo. En seguida se hacen ligeras tracciones sobre la pinza hacia arriba y adelante; al mismo tiempo que se le encarga á un ayudante de comprimir el fondo interno al través de la pared abdominal. La otra mano del operador toma la valva y la retira lentamente, á medida que el cuello desciende. Efecto que no se consigue cuando se hace uso de los espejos ordinarios; con ellos se puede fijar el cuello, pero no hacerlo descender.

Las tracciones pueden ser seguidas de dolor, es preciso detenerse, calmar á la enferma, aconsejarle de pujar, ó mejor de respirar con la boca abierta; lo que lleva el relajamiento de la pared abdominal. Se comienza de nuevo las tracciones con toda la dureza, y no tarda en aparecer el cuello en la vulva.

Muchas veces es imposible hacerlo descender á este grado, lo que es debido á condiciones patológicas variadas, condición por lo demás de muy poco valor. Lo esencial en todos los casos es, que el útero esté fijo, que no se desaloje bajo la presión de los instrumentos introducidos en su cavidad. Llevado el cuello á la vulva se confía la pinza á un ayudante, después de algunos instantes todo esfuerzo cesa, el útero no presenta ninguna resistencia y no tiende á subir; así es, que basta simplemente mantener la pinza levantada y apoyada contra el pubis.

Una vez que se ha bajado el cuello, se comienza por asegurarse si está suficientemente dilatado; si deja atravesar con facilidad un dedo es lo que basta; en caso contrario se introduce el dilatador de Sims. Es el único tiempo doloroso de la operación.

Se hace una irrigación intra-uterina antes de principiar el raspado, con el objeto de arrastrar hacia afuera las materias sépticas contenidas en la matriz. Sucede muchas veces que la placenta entera, ó un fragmento, se presenta en el orificio externo del cuello, se la toma con una pinza, retirándola en seguida. Comunmente no se observa esta terminación feliz, y se hará el tacto intra-uterino antes de proceder á operar. Se recorre con el dedo toda la superficie mucosa uterina, procurando extraer la placenta, sea por el dedo sólo, sea ayudándose de una pinza. Con la pinza forceps de ramas desmontables, que se pueden aplicar separadamente como el forceps ordinario, se hace en muchas circunstancias la extracción; se introducen una después de otra las dos ramas de la pinza, se toma la placenta y se le extrae.

Si esta maniobra fracasa, sea porque no se puede aplicar bien la pinza, porque la placenta adherente en su mayor parte no cede á las tracciones, ó porque estando la placenta putrificada se desgarre, es necesario no empeñarse en proseguir, debiendo de hacer, sin esperar más, el raspado.

Se introduce la cucharilla de Recamier con la mano derecha, siguiendo el eje del conducto uterino; mientras que con la mano izquierda se fija el fondo de la matriz. Desde que el instrumento ha tocado el fondo del útero, se tiene una sensación especial en la mano, abdominal; se hace describir á la cucharilla semicírculos, yendo siempre de derecha á izquierda; de manera de desprender la placenta, y de fragmentarla lo más que sea posible. Se consigue así, en muy poco tiem-

po hacer salir detritus y algunos frgmentos grandes arrastrados por la sangre; otros más considerables están extraídos en el momento en que se retira la cucharilla. El escobillón completa la obra; se le introduce embebido de glicerina creosotada, en la cavidad uterina, con la mayor rapidez posible, pero sin hacer el menor esfuerzo. Se le lleva en todos sentidos, de modo que toda la superficie uterina se haya limpiado bien; al retirarlo, se hace, no directamente, sino por un movimiento de tornillo, análogo al que se hace para meterlo; pero siempre lento para arrastrar los fragmentos que la cucharilla haya dejado adherentes; basta repetir dos ó tres veces la misma maniobra para estar seguro de que todo se ha extraído. Regla general: *siempre que el escobillón sea retirado con fragmentos placentarios, preciso será introducirlo de nuevo.* No se detiene, sino cuando el escobillón sale enteramente limpio; aún en este caso no se creerá que la operación esté terminada, *un nuevo tacto intra–uterino no da certeza absoluta sino cuando la cavidad uterina está completamente vacía.* Por falta de esta precaución, ha acontecido á operadores notables de dejar fragmentos en la matriz y de tener que repetir la operación poco tiempo después de la primera.

Cuando el resultado de este examen es satisfactorio, se hace un lavado intra–uterino antiséptico y caliente. Para terminar, algunos autores aconsejan de taponar la matriz con gasa iodoformada; lo que es útil sobre todo en la septicemia, pero no necesario en la mayoría de los casos.

Se lavan de nuevo la vagina, la vulva, abdomen y los

muslos de la enferma; se retira la pinza, se pone un tapón de gasa iodoformada en la vagina y se cubre la vulva y el perineo con algodón absorbente.

Los cuidados consecutivos son casi nulos, se retira el tapón vaginal al cabo de uno ó dos días; se hace una nueva irrigación vaginal y generalmente allí termina todo.

El procedimiento que acabamos de describir es aplicable á la cucharilla de Recamier, Con cualquier otro modelo el procedimiento variará. Se introduce el instrumento hasta el fondo de la matriz, apoyando su parte filosa sobre la pared uterina, raspándola de arriba á abajo, deteniéndose cuando esté cerca del orificio interno; se hace lo mismo con la otra porción de la pared. De esta manera toda la superficie del útero está recorrida por la cucharilla; fijando la atención especialmente en los puntos en que el tacto haya indicado la presencia de los restos placentarios, la operación se termina por la raspa del canal cervical. Con los modelos ordinarios no se puede atacar los cuernos uterinos, para conseguirlo se hace necesario el empleo de cucharillas pequeñas. Es preciso hacer pasar la cucharilla varias veces por un mismo punto hasta arrastrar completamente la mucosa, estando entonces advertido por una sensación especial que da el instrumento cuando viene á frotar sobre la musculosa; otras veces se produce un ruido llamado *grito uterino*. En la endometritis con hiperplasia esclerosa de la pared uterina, el grito se apercive á distancia. En el aborto es muy raro que se le comprucbe, en tal virtud, será conveniente no contar con él; esta precaución es inútil,

pues la cucharilla deja siempre algo y que el escobillón solo acaba de quitar.

En cuanto á la perforación uterina, no es común que se produzca por este mecanismo; si se raspa metódicamente, sin ejercer mucha presión sobre la pared, y aun sirviéndose de una cucharilla cortante, no se observa este accidente. El conocimiento exacto de la dirección del canal cervico-uterino, la rectificación de las desviaciones por el descenso del útero, en fin, la dilatación suficiente de la cavidad y sobre todo de sus orificios, son medios casi infalibles para evitarlo. Cuando se encuentra una resistencia anormal será retirado el instrumento, se introducirá un dilatador, y solamente cuando la dilatación es completa se pasará la cucharilla.

Cuando una nueva introducción de la cucharilla se hace necesaria, se debe tomar mayor atención. El útero se contrae, el orificio interno se cierra y la cucharilla no puede caminar. Doléris aconseja de no retirar la cucharilla en tanto que el útero no esté enteramente vacío.

Doléris ha señalado, que al hacer el raspado se tiene la ilusión de haber perforado la matriz. En efecto, se observa que la matriz tiene la tendencia á crecer en profundidad; la cucharilla que en un principio penetraba algunos centímetros solamente, penetra después á una distancia más considerable. Se cree entonces haber perforado el útero y se detiene con espanto. Este fenómeno que no se advierte, sino en matrices blandas y extensibles, es debido á su dilatación por la hemorragia producida en los primeros pasos del instrumen-

to. Se tiene la prueba, retirando la cucharilla ó dilatando el cuello, la sangre se escurre inmediatamente y la matriz vuelve á sus dimensiones primitivas. En casos de este género, será preciso proceder con mucha precaución.

Recientemente he visto publicado un caso de Dührssen, en el que tuvo que recurrir á una histerectomía vaginal, para combatir una hemorragia de aborto, que había resistido á los medios ordinarios de tratamiento.

Para terminar este humilde trabajo, he querido llamar la atención sobre algunos puntos que me han parecido de suma importancia y son los siguientes:

1º No se debe romper la parte del óvulo que haga saliente por el cuello, á no ser que se proceda inmediatamente á la evacuación completa del útero.

2º No administrar el cuernecillo de centeno en tanto que el útero contenga algo.

3º *La hemorragia se detiene* y *la expulsión del huevo se apresura con* las irrigaciones de agua caliente á 45° y el tapón vaginal.

4º Lo primero que deberá hacerse en las hemorragias, es suprimirlas (tapón), en seguida buscar su causa, y por último, combatirlas. Mientras se hace el tapón, se comprimirá la aorta abdominal, se vaciará la vejiga y el recto y se practicará una irrigación vaginal.

5º En el primero y segundo meses, y algunas veces en el tercero, el óvulo sale entero, en el cuarto siempre su salida se hace en dos tiempos (retención de los anexos); en el quinto y sexto se hace igualmente en dos tiempos, pero su expulsión es rápida y la retención rara.

6º En el aborto, la expulsión de la placenta es la parte que más debe preocupar al práctico; la expulsión del feto, como casi siempre se verifica naturalmente, es de secundaria importancia.

7º En toda irrigación intra-uterina será preciso ver el cuello y asegurar la salida del líquido inyectado.

8º En caso de retención placentaria, irrigación y tapón. Cuando estas no basten, se procederá inmediatamente á su expulsión, siempre que se pueda se le hará con el dedo, si no con la cucharilla.

México, Julio de 1898.

RODOLFO J. IBARRA.
